

吉林市高校大学生健康素养及其影响因素分析

任丽平, 王杨杨, 王柳行

吉林医药学院教学督导与评价处, 吉林 132013

【摘要】 目的 了解吉林市高校大学生健康素养现状及其影响因素, 为提高大学生的健康素养水平提供参考。**方法** 以 2008 年卫生部发布的《中国公民健康素养: 基本知识及技能》的内容为基础自行设计调查问卷, 对 4 所高校分层随机抽取的 1 700 名大学生进行调查。**结果** 大学生总体健康素养水平为 10.82%, 健康基本知识、健康生活方式与行为和健康技能 3 个维度素养具备率分别为 10.00%, 18.53% 和 53.94%。医学生健康素养及其各维度具备率均高于其他类型院校, 差异均有统计学意义 (P 值均 <0.01)。女生健康素养具备率高于男生; 大三学生好于大一和大二学生 (P 值均 <0.05)。多因素 Logistic 回归分析显示, 不同类型院校和年级是影响大学生健康素养水平的主要因素 (P 值均 <0.05)。**结论** 大学生健康素养总体水平一般。高校应当注重大学生健康素养的教育, 提高大学生健康素养水平。

【关键词】 健康知识, 态度, 实践; 回归分析; 学生

【中图分类号】 G 479 R 195 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-9817(2016)10-1467-03

Health literacy of students in four universities in Jilin/REN Liping, WANG Yangyang, WANG Liuhan. Faculty of Public Health, Jilin Medical University, Jilin (132013), Jilin Province, China

【Abstract】 Objective To determine current situation of health literacy among college students in Jilin. **Methods** Questionnaire was designed based on "Chinese citizens health literacy: basic knowledge and skills", and was administered among 1 700 college students from 4 universities. SPSS 17.0 software was used for data analysis. **Results** Average level of health literacy among college students was 10.82% (10.0% for health knowledge, 18.53% for healthy life styles and 53.94% for health skills). Health related basic skills scored (71.13 ± 17.79), which was higher than health lifestyle & behaviors (66.29 ± 19.18) and basic knowledge (61.71 ± 17.70). Medical students and female students had high health literacy compared with other major students and male students. Type of university and grade was significant factor influencing health literacy among college students. **Conclusion** Health literacy among college students in Jilin still needs to be improved. Innovative approaches, as well as application of existing best practices to developing and disseminating health information, are necessary for high health literacy.

【Key words】 Health knowledge, attitudes, practice; Regression analysis; Students

健康素养作为健康教育和健康促进的重要组成部分, 是指个体获得、解释和理解基本健康信息与服务的能力, 并能运用信息和服务来促进个体的健康, 通常被视为健康促进和健康教育的结果^[1]。为了解在校大学生健康素养现状, 分析影响因素, 促进高校健康管理工作和大学生健康素养水平提升, 笔者于 2015 年 4—7 月对吉林市 4 所高校开展了大学生健康素养调查。

1 对象与方法

1.1 对象 以吉林市 4 所高校一年级至三年级的所有在校本科生为研究总体, 采取分层随机抽样的方

法, 在 4 所高校中各随机抽取 1 个学院, 每个学院在各年级分别随机抽取 2 个班级, 抽中班级所有学生均作为调查对象。共发放问卷 1 800 份, 回收问卷 1 738 份, 有效问卷 1 700 份, 回收率为 96.56%, 有效率为 97.81%。其中医学生 446 名 (26.24%), 师范生 419 名 (24.65%), 工科生 423 名 (24.88%), 理科生 412 名 (24.23%); 男生 885 名 (52.06%), 女生 815 名 (47.94%); 农村学生 989 名 (58.18%), 城镇学生 310 名 (18.24%), 城市学生 401 名 (23.59%); 独生子女 850 名 (50%), 非独生子女 850 名 (50%); 汉族学生 1 529 名 (89.94%), 少数民族学生 171 名 (10.06%); 一年级学生 474 名 (27.88%), 二年级学生 643 名 (37.82%), 三年级学生 583 名 (34.29%)。

1.2 方法 严格按照抽样方法完成逐级抽样, 由辅导员组织学生, 按班级集中发放问卷, 由经过统一培训的调查员进行填表说明, 调查对象自填完成, 现场回收, 同时对回收的问卷进行审核, 保证问卷的回收率

【基金项目】 吉林省教育厅项目 (吉教科文合字 [2013] 第 316 号)。

【作者简介】 任丽平 (1973—), 女, 吉林通化人, 硕士, 副教授, 主要研究方向为社会医学与健康教育。

DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2016.10.008

和有效率。调查问卷分人口学和健康素养 2 个部分。健康素养部分以原卫生部首次居民健康素养调查“中国公民健康素养：基本知识与技能”^[2] 内容为基础，考虑大学生自身特点，经过反复修改和预调查后组成问卷。其中包括健康基本知识和理念(19 题)、健康生活方式与行为(9 题)、健康技能(5 题)，共计 33 题。问卷判定标准参照首次居民健康素养界定标准进行，正确回答 80% 及以上内容的调查对象视为具备健康素养。单选题和多选题评分标准，单选题回答正确得 1 分，多道单选题全对得 1 分，多选题选项正确回答率≥60%得 1 分，选错或者不知道为 0 分，共计 33 分，结果均转为百分制。

1.3 统计分析 采用 Excel 双录入建立数据库，利用 SPSS 17.0 软件进行统计分析，计量资料比较采用 *t* 检验和方差分析，以 *P*<0.05 为有统计学意义。

2 结果

2.1 不同人口统计学特征大学生健康素养情况 大

学生总体健康素养具备率为 10.82%，健康基本知识和理念、健康生活方式与行为和健康技能 3 个维度素养具备率分别为 10.00%，18.53%和 53.94%。医学生健康素养和健康知识与理念、健康生活方式与行为、健康技能 3 个维度具备率分别为 21.3%，20.6%，24.4%，59.0%，高于师范院校和理工科院校，差异有统计学意义(*P* 值均<0.01)；女生健康素养具备率高于男生，差异有统计学意义(*P*<0.01)；大三学生好于大一和大二学生，差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 1。

2.2 健康素养影响因素 Logistic 回归分析 以是否具备健康素养为因变量(1=具备,0=不具备)，以人口统计学特征作为自变量(学校:1=医学类,2=工科类,3=师范类,4=理科类;性别:1=男,2=女;年级:1=大一,2=大二,3=大三;民族:1=汉族,2=少数民族;生源地:1=城市,2=城镇,3=农村;是否独生子女:1=是,2=否)进行二元多因素 Logistic 回归分析,结果显示,大学生健康素养与学校和年级相关(*P* 值均<0.05)。见表 2。

表 1 不同人口统计学特征大学生健康素养具备率比较

人口统计学指标	调查人数	健康知识与理念	健康生活方式与行为	健康技能	健康素养
性别					
男	885	80(9.0)	122(13.8) **	458(51.8)	73(8.2) **
女	815	90(11.0)	193(23.7)	459(56.3)	111(13.6)
专业					
医学	446	92(20.6) **	109(24.4) **	263(59.0) **	95(21.3) **
师范	419	23(5.5)	92(22.0)	231(55.1)	27(6.4)
理学	412	24(5.8)	45(10.9)	217(52.7)	29(7.0)
工学	423	31(7.3)	69(16.3)	206(48.7)	33(7.8)
生源地					
城市	401	41(10.2)	79(19.7)	235(58.6)	48(12.0)
城镇	310	33(10.6)	73(23.5)	163(52.6)	34(11.0)
农村	989	97(9.8)	163(16.5)	519(52.5)	102(10.3)
年级					
一	474	44(9.3)	75(15.8)	244(51.5)	42(8.9) *
二	643	54(8.4)	130(20.2)	352(54.7)	57(8.9)
三	583	72(12.3)	110(18.9)	321(55.1)	85(14.6)
民族					
汉族	1 529	153(10.0)	284(18.6)	827(54.1)	167(10.9)
少数民族	171	17(10.0)	31(18.1)	90(52.6)	17(10.0)
是否独生子女					
是	850	79(9.3)	148(17.4)	461(54.2)	83(9.8)
否	850	91(10.7)	167(19.6)	456(53.6)	101(11.9)

注:()内数字为具备率/%;同一人口统计学指标项目比较,**P*<0.05,***P*<0.01。

表 2 大学生健康素养影响因素 Logistic 回归分析(*n*=1 700)

影响因素	<i>B</i> 值	标准误	Wald 值	<i>P</i> 值	OR 值(OR 值 95%CI)
学校	-0.446	0.082	29.383	0.000	0.640(0.545~0.752)
性别	0.191	0.174	1.206	0.272	1.211(0.861~1.703)
年级	0.258	0.106	5.919	0.015	1.295(1.052~1.595)
民族	-0.002	0.078	0.001	0.978	0.998(0.857~1.162)
生源地	-0.097	0.102	0.903	0.342	0.908(0.744~1.108)
是否独生子女	0.084	0.174	0.234	0.629	1.088(0.774~1.529)

3 讨论

调查显示,吉林市 4 所高校大学生健康素养总体水平为 10.82%,高于 2008 年全国居民健康素养平均水平(6.48%)^[3],2012 的 8.80%和 2013 的 9.48%^[4]。但离《全民健康素养促进行动计划(2014—2020 年)》中的到 2020 年达到 20%还有差距^[5]。在健康素养 3 个维度中,健康知识与理念、健康生活方式与行为和

健康技能的具备率分别为 10.00%,18.53%和 53.94%,在健康生活方式与行为和健康技能方面均高于全国城市居民 15~25 岁年龄组的具备率(8.68%和 31.96%),但是在健康知识与理念上低于其具备率(19.51%)^[2]。

不同学校类别的大学生健康素养水平差异有统计学意义,健康素养总均分为(64.39±14.57)分,师范类、工科类和理科类院校的学生,男生、农村和城镇学生、大一和大二学生健康素养水平低于总均分,说明上述这些人群应该是学校健康素养的薄弱人群和健康教育的重点人群。该结果与北京市^[6]、湖北省^[7]等地研究结果一致。原因可能是女学生更注重健康素养知识的积累和自我保护意识。随着年级的增加、知

(下转第 1472 页)

画,墙报和宣传栏上食品安全教育的一些内容都模糊、看不清楚,有的还破损、不完整;小学在教师告诉学生、知识竞答、广播及课上师生的讨论等食品安全教育途径方面的比例均高于中学,说明小学比中学重视食品安全教育。建议黔东南州农村中小学在食品安全的管理上,不仅要重视学校食堂的食品安全,还要重视和加强学生的食品安全教育。食品安全知识的宣传要根据学校的特点组织,除有计划的通过如讲座、黑板报、宣传栏、知识竞赛、学校广播等途径^[6]宣传食品安全知识外,也要增加丰富多彩的活动,如“我是食品监督员”和以“食品安全”为主题的征文、讲故事、画漫画和制作手抄报等比赛^[6],让每一名学生都积极参与到食品安全的宣教中来,全面提高中小学生的食品安全意识,牢固树立食品安全消费理念。

总之,农村中小学生的食品安全认知与行为水平还有待加强,对学生进行食品安全教育十分必要和紧迫。中小学生的正处于身心发展的关键时期,也是形成良好食品安全行为习惯的重要时期^[2]。通过食品安

全教育,才能让中小学生对食品安全的重要性,提高他们食品安全的意识,掌握一定的食品安全卫生知识,建立科学健康的生活方式,促进其健康成长。

4 参考文献

- [1] 出端艳.浅谈加强高校食品卫生安全教育的重要性[J].赤峰学院学报(自然科学版),2013,29(9):272-273.
- [2] 沈丽.深圳市初中学生食品安全知识、态度和行为调查[J].现代预防医学,2010,37(2):294-295.
- [3] 赵笑虹.大学生食品安全意识及行为影响因素研究[J].中国高等医学教育,2011(6):44-45.
- [4] 蒋安杰.中国食品安全典型十大案例(2015)发布[N].法制日报,2015-12-02(9).
- [5] 孙晞,唐书泽,黄才欢,等.食品安全危机中大学生的安全意识及行为影响因素研究[J].现代预防医学,2006,33(12):2409-2410.
- [6] 龙川县第一中学.“食品安全知识进校园”活动实施方案[EB/OL].[2013-10-24].http://wenku.baidu.com/link?url=lapT_YNP4HGz1OG64lkDajOePaYN3ZyhXSj4bFKSH6mvPCu88QeJqC4Gp8HNVlw4IA8ogTvA1ONdYvMZi5gA8U0B1lVOUd.

收稿日期:2016-03-07;修回日期:2016-05-26

(上接第 1468 页)

识的积累和生活经验的丰富,健康素养不断提高;而城市学生由于居住环境、家庭环境、父母的教育程度较高等原因,使其在健康素养的各方面都优于城镇和农村的学生。非独生子女健康知识得分高于独生子女,可能是因为独生子女受到父母的专爱,在自我锻炼意识方面比较弱。民族之间在健康素养总分和 3 个维度得分之间的差异均无统计学意义,但是汉族大学生在各方面的得分均高于少数民族的大学生。Logistic 回归分析显示大学生健康素养与学校和年级相关。

大学生是祖国的未来和社会的栋梁,健康素养水平尤为重要。而目前研究表明,各地大学生健康素养水平各不相同,健康素养总体水平一般,差距明显,尤其是行为和生活方式方面更是不容乐观^[1,3,6-7]。大学时期是其行为和生活方式的形成时期,而大学校园是学生生活的场所,因此学校的引导教育尤为重要,特别是非医学类院校。高校有丰富的教学资源,可以充分利用载体,开展多种形式健康教育和健康促进的课程或活动,将健康教育课程纳入教育体系,成为学校的基础课程,积极开展有关健康素养的课程讲座、论坛或沙龙活动,采取多种形式、灵活多样的健康教育,有计划、有重点地宣传。有条件的高校可以运用健康管理的原理和技术,收集大学生的健康信息,

建立健康档案,进行健康危险因素评价,针对薄弱人群和重点人群健康问题采取预防干预措施。同时要贯彻落实《全民健康素养促进行动规划(2014—2020 年)》,大力开展健康素养促进行动,注重大学生健康知识理念和技能的培养,引导大学生养成良好的行为习惯;大学生也应充分发挥自身的主观能动性,提高自身健康管理意识和健康素养水平。

4 参考文献

- [1] 张敏,黄月,刘美君,等.蚌埠市医学生与非医学生健康素养状况分析[J].中国学校卫生,2015,36(1):121-123.
- [2] 卫生部妇幼保健与社区卫生司,中国健康教育中心.首次居民健康素养调查报告[R].北京:卫生部新闻宣传中心,2009:8-9.
- [3] 王萍,毛群安,陶茂萱,等.2008 年中国居民健康素养现状调查[J].中国健康教育,2010,26(4):243-246.
- [4] 国家卫生和计划生育委员会宣传司.2013 年中国居民健康素养监测报告[R].北京:中国健康教育中心,2014.
- [5] 国家卫生和计划生育委员会.关于印发全民健康素养促进行动规划(2014-2020 年)的通知[Z].2014-04-15.
- [6] 郭静,杜正芳,马莎.北京市大学生健康素养调查[J].中国健康教育,2011,27(6):442-444,450.
- [7] 李萍,钟萍,王先义.湖北省普通高校大学生健康素养调查分析[J].中国社会医学,2012,29(1):45-47.

收稿日期:2016-04-03;修回日期:2016-05-11